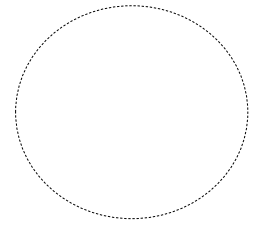


- 国民健康保険 限度額適用 認定申請書
- 国民健康保険 食事・生活療養費標準負担額減額 認定申請書
- 国民健康保険 限度額適用・標準負担額減額 認定申請書



	課長	参事・課長補佐	係長・主任	係
被保険者証 記号番号	個人番号			
対象者氏名	(歳)		男・女	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	世帯主との続柄	
長期入院	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当 (長期認定日 令和 年 月 日)			
第三者行為等	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 該当			

※下記の①～③は、長期入院該当を申請する方のみ記入してください。

		入院日数合計 ()日間	
①	申請月を含む前12か月間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 _____日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
②	申請月を含む前12か月間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 _____日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	
③	申請月を含む前12か月間の入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 _____日間	
	入院をした保険医療機関等	名称	
		所在地	

上記のとおり申請します。

なお、認定証の交付手続きにあたり、私の属する世帯の個人住民税の課税状況の調査、確認については課税台帳等により行うことに同意します。

令和 年 月 日

住 所 町の町

世帯主 氏名

町の町長様

個人番号

(電話)

※代理人が申請する場合

住 所

世帯主との続柄

氏 名

(電話)

確 認 欄	<input type="checkbox"/> 課税台帳 <input type="checkbox"/> 電算入力	負担区分 判定欄	69歳以下	5 : (ア) 上位(旧ただし書所得901万円超) 6 : (イ) 上位(旧ただし書所得600万円超~901万円以下) 7 : (ウ) 課税(旧ただし書所得210万円超~600万円以下) 8 : (エ) 課税(旧ただし書所得210万円以下) 9 : (オ) 非課税
	<input type="checkbox"/> 住民税申告書 <input type="checkbox"/> 交付台帳		70歳以上 (高齢受給者)	2 : 区分Ⅲ (課税所得690万円超) 3 : 区分Ⅱ (課税所得380万超~690万円未満) 4 : 区分Ⅰ (課税所得145万超~380万円未満)
	<input type="checkbox"/> 国保税滞納 (有・無) <input type="checkbox"/> 却下		低所得者	3 : 区分Ⅱ 4 : 区分Ⅰ
	理由: <input type="checkbox"/> 備考			